à Monsieur le Professeur Gavarret
hommage respectueux
Dr Féréol

CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

Second-Féréol (L. F. ...)

M. FÉRÉOL

Interne des hôpitaux, 1853, médecin des hôpitaux, 1864

PARIS

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET Cie

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

1879

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. FÉRÉOL

THÉRAPEUTIQUE

1. *De l'iodoforme employé comme topique pour cicatriser les plaies et ulcères non cancéreux.*

(*Bull. génér. de thérapeutique*, 15 mai 1868.)

C'est principalement contre le chancre mou, les bubons suppurés, et le phagédénisme qui peut les compliquer, que ce mode de pansement a été efficace dans l'expérimentation qu'en a faite M. Féréol.

2. *Note sur la thoracentèse pratiquée au moyen des appareils aspirateurs.*

(*Bull. de la Société des hôpitaux*, 1872, p. 117 et 182.)

Faire de la thoracentèse le mode unique de traitement des épanchements pleuraux, est une exagération thérapeutique.

La dyspnée, excessive au début de la pleurésie, n'est une indication à la ponction que s'il y a en même temps un épanchement considérable. Dans le cas contraire, qui est le plus fréquent, la ponction n'offre que des inconvénients.

Dans le cours du rhumastisme aigu, les épanchements, même quand ils occupent les deux plèvres et le péricarde, ont une tendance naturelle à se résorber spontanément, et souvent avec rapidité. Il n'y a lieu de les attaquer par la ponction que lorsqu'ils sont persistants et très-abondants.

Du reste, le procédé nouveau a des avantages; il est plus rapide, moins douloureux, et moins souvent suivi de quintes de toux que le procédé ancien.

Cependant, il y a danger à faire des ponctions trop rapprochées; outre que la transformation purulente du liquide peut en être la conséquence, il y a danger d'affaiblir le malade par la soustraction trop souvent répétée d'une sérosité qui se reproduit sans cesse. Il suffit souvent d'une seule ponction suivie de l'application de vésicatoires, pour amener la guérison par une sorte de procédé mixte.

3. *Traitement de l'érysipèle par le collodion.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1873.)

Les applications de collodion faites sur l'érysipèle même, suivant le procédé préconisé par M. Robert de Latour, ne donnent aucun résultat certain. Le procédé préconisé par MM. Bourdon et Vidal, et qui consiste à entourer l'érysipèle naissant par une sorte de cordon compressif situé à quelque distance des limites de l'éruption, est peut-être moins inefficace; mais il n'est pas sans danger, et peut amener des escbares qui, sur certaines régions (la face, les paupières), seraient fâcheuses.

4. *Un cas de transfusion du sang suivi de guérison.*

(*Bull. de la Soc. med. des hôpitaux*, 1875.)

Chez une femme atteinte d'hémorrhagie post-puerpérale, 135 grammes environ de sang non défibriné ont été injectés. Les hémorrhagies ne se sont plus reproduites. Avant l'opération, le sang de la malade, examiné au compteur Malassez, ne donnait que 1,000,000 de globules. Au moment de la sortie de l'hôpital, qui eut lieu cinq semaines plus tard, il donnait 3,120,000.

5. *Note sur le jaborandi.*

(*Journal de thérapeutique* de M. Gubler.)

Le médicament, administré en infusion refroidie et à la dose de 2 à 4 gr. pour 250 d'eau, n'a jamais manqué de produire la salivation, même chez les

malades qui ont vomi ou qui ont eu des nausées. Son action sur la sécrétion sudorale a été moins constante; rarement elle a été énergique. Cette action se fait sentir rapidement (de 10 à 30 minutes après l'ingestion). Les modifications de l'urée n'ont pas paru aussi constantes, ni surtout aussi considérables que d'autres observateurs l'ont affirmé.

6. *Etude sur l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde.*

(*Soc. de thérapeut.*, 8 juillet 1874. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 novembre 1876. *Soc. méd. des hôpitaux*, 12 janvier et 27 avril 1877.)

Un premier essai fait à la Maison municipale de santé, en 1874, donne des résultats très-encourageants. Dans un cas, des phénomènes thoraciques graves ont disparu pendant l'administration des bains froids. Dans un autre cas, le malade venait d'avoir successivement un rhumatisme articulaire aigu et une fièvre typhoïde suivie de rechute très-grave.

Dans ce dernier cas, les bains froids ont eu un très-heureux effet, sans ramener la fluxion rhumatismale sur les articulations, et sans déterminer d'aggravation du côté d'une endocardite encore toute récente.

Encouragé par ces résultats, M. Féréol a continué pendant les années 1874, 1875 et 1876, à expérimenter les bains froids à la Maison municipale de santé. Il s'en est servi non pas d'une manière systématique et dans tous les cas, mais seulement dans les cas graves, c'est-à-dire dans les cas à températures élevées et persistantes, et aussi dans certaines formes ataxiques où la température n'était pas très-élevée. Les bains ont été donnés le plus souvent entre 12 et 15°, quelquefois à 20, quelquefois même à 28 (bains frais); malgré des insuccès assez nombreux, l'épreuve a été jugée satisfaisante, et certaines guérisons ont paru déterminées par la médication.

Les complications pulmonaires et les hémorrhagies sont les accidents qui ont le plus fréquemment empêché la continuation du traitement.

L'hémoptysie a été notée plusieurs fois (7 fois); mais comme elle a été observée trois fois avant, ou même en dehors de toute application du bain, on peut penser qu'il y a eu là une série peut-être due à la constitution médicale. Plusieurs de ces malades étaient tuberculeux. Cinq ont guéri.

Les hémorrhagies intestinales (3) ont donné deux guérisons, dont l'une contre toute attente (purpura, hématurie).

Il n'y a pas eu de péritonite, ni de perforation intestinale parmi nos réfrigérés; au contraire, il y en a eu trois (mortelles), parmi les autres qui avaient été au début considérés comme des malades moins gravement atteints.

Il n'y a eu de pleurésie que dans un cas où on n'avait pas donné de bains froids, et où l'on peut admettre du tubercule en puissance (hémoptysie).

La broncho-pneumonie a été plus fréquente et plus grave chez les réfri-

gérés; mais il ne faut pas oublier qu'on n'a employé les bains que dans les cas graves, et que certaines formes thoraciques se sont améliorées sous l'action du bain.

Les bains froids sont restés sans action sur certaines formes absolument graves qui s'accusent surtout par une fréquence excessive du pouls (150, 160), sans que la température dépasse 39,5 ou 40.

En résumé, parmi les décès, il n'en est pas un seul qui paraisse directement imputable au traitement par les bains froids. Plusieurs guérisons, au contraire, semblent dues à la méthode; M. Féréol pense donc que, sans en faire un moyen exclusif et univoque, il y a lieu dans certains cas d'y recourir et d'en attendre de bons effets.

Il importe, du reste, dans le pronostic toujours si difficile de la fièvre typhoïde, de tenir compte de certaines conditions de races. Certaines familles semblent vouées héréditairement aux formes graves de la fièvre typhoïde. Il en est de même de la scarlatine (exemples).

7. *Bains froids dans le rhumatisme cérébral, et dans le délire alcoolique fébrile aigu.*

(*Soc. des hôpitaux*, 12 mars 1875 et 12 juin 1877.)

Deux cas très-remarquables de succès dans le rhumatisme cérébral; dans le dernier cas surtout la malade était littéralement mourante. Elle a guéri, mais en conservant une sorte de chorée qui donne lieu de penser qu'il y a dans l'axe cérébro-spinal des lésions sclérotiques.

Dans deux autres cas, les bains froids ont échoué.

Dans un cas de délire alcoolique fébrile aigu, deux bains froids donnés à deux heures d'intervalle ont été suivis de sommeil et d'une guérison complète (1).

D'une manière générale, au point de vue de l'emploi de cette médication, M. Féréol insiste sur la nécessité d'une surveillance continue de la part du médecin ou d'aides compétents. En dehors de ces conditions, la méthode peut devenir dangereuse et funeste.

8. *Lavements d'ipéca dans la dysenterie.*

(*Bull. de la Soc. de thérapeutique*, mars 1874.)

A propos du travail de M. Bourdon et de M. Chouppe sur les lavements

(1) *N. B.* — De nouvelles tentatives faites depuis n'ont pas été aussi heureuses (juin 1879.)

d'ipéca, mention est faite par M. Féréol qu'il s'est servi depuis plusieurs années avec avantage de ces lavements dans la dysenterie. La dose d'ipéca a varié de 2 à 5 grammes par lavements.

9. *Heureux effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie épileptiforme de la face.*

(*Bull. de thérapeuthique*, 15 août 1878. — *Académie de médecine*, 1er avril 1879.)

Six observations, dont quatre personnelles à l'auteur, établissent que dans certains cas ce médicament, tombé dans l'oubli, peut rendre de véritables services. La douleur n'a pas été toujours absolument et radicalement supprimée; mais un des malades est resté guéri pendant un an entier; un autre, atteint de névralgie simple, a été guéri complétement. Les autres ont été extrêmement soulagés.

10. *Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse.*

(*Soc. de thérap.*, 8 janvier 1868.)

Plusieurs exemples de bons effets du traitement topique par le chlorate de potasse des ulcères cancroïdaux de la face; un cas de guérison complète (1). Ce sont surtout les ulcères qui siégent au voisinage des ailes du nez, de l'oreille, et sur la face, qui sont heureusement influencés par ce pansement; c'est ce genre d'ulcères que M. Cazenave désignait sous le nom d'*acné ulcéreuse*, et qui ont été rapportés par M. Verneuil à la dégénérescence des glandes sudoripares.

Les cancroïdes végétants des lèvres sont plus résistants à ce mode de traitement.

---

(1) La guérison citée ici s'est maintenue pendant six années; au bout de ce temps il s'est fait, au-dessous de la cicatrice, un nouvel ulcère cancroïdal qui a envahi progressivement la cicatrice ancienne, et qui résiste depuis quatre ans à toute espèce de médication. Le malade a aujourd'hui plus de 80 ans. (Octobre 1879.)

PATHOLOGIE

1. *Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Cazenave.*

(*Union médicale*, 1856.)

2. *Observation et réflexions sur un cas de coloration bronzée de la peau coïncidant chez un phthisique avec une dégénérescence graisseuse* (caséeuse) *des deux capsules surrénales.*

(*Gazette médicale*. Société de biologie, 19 avril 1856.)

Ce cas de maladie d'Addison est le premier qui ait été signalé en France; il a été observé avant les cliniques faites sur ce sujet par Trousseau et avant sa communication à l'Académie de médecine (août 1856). C'est d'après l'article publié par M. Dechambre, dans la *Gazette hebdomadaire* (février 1856), et d'après l'étude faite dans les archives sur le même sujet par M. Lasègue, que le diagnostic a pu être porté.

Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

Le groupe symptomatique décrit par Addison ne correspond pas à une lésion unique des capsules surrénales, mais paraît être l'expression d'un trouble fonctionnel de ces organes.

Les deux symptomes prédominants sont : les troubles nerveux et la coloration bronzée de la peau; d'où il suit que les capsules surrénales ont une importance physiologique très-grande, et qu'une de leurs fonctions a trait à l'élaboration du pigment et du sang.

3. *Mémoire sur l'hydrophobie rabique.*

(*Gazette médicale*, 1857.)

Ce travail, lu à la Société médicale d'observation de Paris, comprend quatre observations, dont une appartient à M. Féréol, les trois autres à des membres de la Société. C'est une étude purement clinique qui, parmi plusieurs points déjà connus, en fait ressortir quelques-uns plus ou mois dis-

cutés, tels que la possibilité d'une incubation de cinq mois (Barth); l'importance du symptôme désigné sous le nom d'aérophobie (Barth).

M. Féréol insiste particulièrement sur l'intégrité complète, dans les quatre cas observés, des glandes salivaires; cette intégrité fait contraste avec les lésions bronchiques (congestion vive et rougeur arborisée de la muqueuse des voies aériennes depuis le voile du palais), et la présence d'une écume sanguinolente plus ou moins abondante, se retrouvant dans le pharynx, le larynx, la trachée, les bronches, et présentant une identité complète en apparence avec la bave rejetée par les malades.

Cette remarque vient à l'appui de l'opinion de Trolliet et Villermé, qui n'ont pas hésité à admettre que l'écume rabique vient des bronches et non des glandes salivaires. Cette interprétation, qui n'a pas été généralement acceptée, s'était en quelque sorte imposée à M. Féréol au moment où il observait son malade, bien qu'il ne connût pas à ce moment le mémoire de Trolliet et Villermé. M. Féréol a, en effet, décrit chez son malade le mécanisme spécial qui semble déterminer l'expulsion de la bave. C'est une sorte de régurgitation qui présente quelque analogie avec l'effort du vomissement, si ce n'est que le diaphragme n'y prend pas part. Il semble que l'écume bronchique, en arrivant au pharynx, produit une sensation spéciale, accompagnée d'horreur et d'effroi.

Depuis 1857, M. Féréol a eu l'occasion d'observer six cas nouveaux de rage, et toujours il a pu constater l'exactitude de la description qu'il a donnée du phénomène de la sputation, et la constance des lésions dans les voies aériennes. La quantité d'écume bronchique trouvée à l'autopsie peut être minime surtout quand le malade a beaucoup craché; mais on en trouve toujours quelques traces dans les grosses bronches, la trachée et les ventricules du larynx. (Voir *Bull. de la Soc. méd. des hôp*,, 1869, p. 68.)

4. *Note sur un cas d'hydrophobie rabique survenue deux ans et demi après la morsure d'un chien enragé.*

(Lue à l'Académie de médecine, le 21 juillet 1874. Voir *Union médicale*.)

L'observation, rapportée en grand détail à cause de l'importance et de la difficulté de son interprétation, est discutée au point de vue de l'alcoolisme, du délire aigu fébrile des aliénés, de l'hydrophobie imaginaire. Enfin, rapprochant ce fait : 1° des cas d'hydrophobie mortelle développée chez des individus qui ont été mordus par des chiens qui ne sont pas devenus enragés; 2° des cas d'hydrophobie mortelle chez des sujets qui paraissent n'avoir subi aucune inoculation, on peut se demander s'il n'existe pas une hydrophobie essentielle qui présenterait tous les caractères de la rage com-

muniquée. Resterait encore la questiou de savoir si ces cas doivent être intitulés *Rage spontanée chez l'homme.*

Dans le cas présent, il est impossible de ne pas tenir compte de ce fait indéniable que chez le malade de M. Féréol il y a eu une inoculation positive remontant à deux ans et demi.

Reprenant alors la question de l'incubation de la rage, M. Féréol rappelle certains cas exceptionnels d'incubation de six mois (Barth), de huit mois (Bouley), de quinze mois, de dix-huit mois (Dissez, Valentin, Aubanel, Carrière, Champagnac, Duluc). Et il conclut à la réalité d'une incubation de deux ans et demi dans le cas qu'il a observé.

En terminant, il reprend la question de symptomatologie et d'anatomie pathologique traitée par lui dans son mémoire de 1857, et il conclut de nouveau que l'écume bronchique joue un rôle capital et prépondérant, sinon unique, dans le phénomène de la sputation chez les enragés. Les principaux symptômes, comme les principales lésions de la rage humaine, sont groupés autour de la fonction respiratoire. C'est le spasme respiratoire qui distingue l'hydrophobie rabique de toutes les autres hydrophobies.

5. *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites.*

(Thèse inaugurale, 1859.)

Dans ce travail, le premier qui ait été fait sur la question, M. Féréol a essayé, à l'aide d'observations personnelles et de faits anciens, d'établir la réalité de l'évacuation du pus péritonéal par une fistule externe, et de poser les bases du diagnostic différentiel du phlegmon sous-péritonéal et de la péritonite dans ces cas d'une interprétation toujours difficile et souvent douteuse.

6. *Nature des accidents secondaires de la blennorrhagie.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 nov. 1866. *Id.* 8 fév. 1867.)

Les accidents secondaires de la blennorrhagie (arthrite, ophthalmie, adénites, etc....) ont un caractère spécifique et sont le résultat d'une sorte d'infection (*Lues Gonorrhœa*) qui crée une espèce de diathèse acquise spéciale.

Les grandes diathèses héréditaires (rhumatisme, scrofule, herpétisme, etc.) ont leurs catarrhes génitaux particuliers, qui diffèrent du catarrhe spécial de la blennorrhagie. Elles peuvent, en outre, imprimer leur cachet aux accidents secondaires de la blennorrhagie, mais ne leur enlèvent pas leur autonomie, leur spécificité originelle.

Il est probable que la spécificité de la blennorrhagie est due à un virus particulier. Il y aurait alors trois virus vénériens : celui de la syphilis, celui du chancre mou, celui de la blennorrhagie.

Il serait donc préférable de ne pas se servir du terme de *rhumatisme blennorrhagique*, et de dire : *arthrite*, *périarthrite*, *synovite*, *myosite*, *adénite blennorrhagiques*. On conserverait le vocable de *uréthrite*, *vaginite rhumatismales*, pour les catarrhes qui sont spécialement sous la dépendance du rhumatisme.

7. *De quelques symptômes viscéraux, et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 18 déc. 1868.)

C'est la première fois que l'attention est appelée d'une manière particulière sur les symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice.

Ces symptômes consistent en une toux spéciale, d'une raucité remarquable, quinteuse, suffocante, analogue à celle de la coqueluche, et suivie assez souvent, comme cette dernière, d'un hoquet aspiratif ou d'une inspiration bruyante en reprise.

Les quintes de toux sont accompagnées de cyanose, de sueur plus ou moins abondante, de douleurs, parfois terribles, dans le dos, les épaules, le thorax. Les signes stéthoscopiques ne sont pas en rapport avec ces phénomènes : l'expectoration est insignifiante ou nulle; il n'y a pas de dyspnée asthmatique ni d'emphysème persistant; les quintes cessent subitement et presque sans laisser de traces.

Ces crises apparaissent quelquefois sous l'influence d'une sorte d'hyperesthésie spéciale qui exagère l'action réflexe; quelquefois elles sont absolument sans cause appréciable.

Le larynx peut être seul en cause; il y a alors une sorte de chorée particulière du langage. Le malade parle en inspirant, au milieu de hoquets et de tics phonateurs.

Ces troubles laryngo-bronchiques peuvent précéder tous les autres symptômes et larver l'ataxie locomotrice pendant plusieurs années.

Suivant toute probabilité, ils correspondent à des lésions sclérotiques bulbaires.

Il est question incidemment dans ce mémoire de l'ataxie vésicale et de l'épilepsie spinale.

8. *Des rapports de la goutte et du rhumatisme à propos de deux autopsies de goutteux.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mars et 7 avril 1879.)

Les lésions caractéristiques de la goutte et celles qui constituent le rhumatisme se trouvent, dans ces deux cas, mélangées sur les mêmes points ou séparées sur des articulations différentes. Il semble donc que les deux diathèses peuvent co-exister et que, dans ces cas, la dénomination de *rhumatisme goutteux* soit très-acceptable.

Incidemment, la question anatomo-pathologique des rapports de la matière tophacée avec le tissu osseux est étudiée. M. Féréol arrive à cette conclusion que c'est le périoste et le tissu spongieux de l'os qui paraissent seuls capables de s'infiltrer d'urate de soude. Le tissu compacte s'épaissit, s'éburne, présente des ostéophytes irrégulières, mais aucune trace de dépôts uratés. Le tissu spongieux se résorbe, se raréfie, en se laissant envahir par les tissus fibreux qui se chargent de sels (ostéite raréfiante).

9. *Des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax (à propos de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.)*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mai, 25 juillet et 8 août 1873.)

L'évacuation du liquide pleurétique à travers le poumon se fait quelquefois sans qu'il y ait introduction de l'air dans la plèvre. Chez les enfants, d'après M. Barthez, c'est la règle, tandis que la production du pneumothorax est l'exception. Chez les adultes, on admet généralement le contraire, c'est-à-dire que l'introduction de l'air dans la plèvre serait, dans ces cas assez rares d'ailleurs, à peu près constante. Cependant l'évacuation du liquide pleural peut se faire sans pneumo-thorax, même chez l'adulte. Cruveilhier l'admet, ainsi que Heyfelder. M. Féréol croit avoir observé le fait, et en cite deux exemples récents (discutables il est vrai). Pour expliquer ces faits on a même imaginé une théorie; il se produirait dans ces cas une sorte de valvule qui permettrait la sortie du liquide et s'opposerait à l'entrée de l'air. M. Féréol croit que cette valvuve n'a jamais été observée à l'autopsie (obs. de M. Oulmont), et il pense qu'il faut plutôt chercher l'explication du fait dans les conditions diverses où se produit la perforation. Selon lui, lorsque la perforation se produit dans un appareil pleuro-pulmonaire dont les fonctions physiologiques sont à peu près normales (épanchement peu

abondant ou même nul; mouvements des côtes et du diaphragme conservés), alors le pneumo-thorax est inévitable. Dans ces cas, le plus souvent la perforation marche du poumon vers la plèvre; elle est *broncho-pleurale*. Si, au contraire, la perforation se produit dans des conditions opposées (épanchement abondant; immobilisation des côtes et du diaphragme), il n'y a pas d'appel de l'air vers la plèvre. L'évacuation se fait sans pneumo-thorax. Dans ces conditions, il semble que la perforation marche dans un sens inverse à celui que nous constations tout à l'heure. Elle est *pleuro-bronchique*.

Dans le premier cas, le travail perforateur est facile à saisir : c'est un point de gangrène ou un tubercule ulcéré dans le voisinage de la plèvre, qui la plupart du temps établit la communication.

Dans le second cas, il est plus difficile de dire comment se fait la perforation. La question peut recevoir un certain jour des travaux de M. Leplat sur les fistules pleuro-costales (*Archives de médecine*, 1865).

Lorsqu'il s'établit une fistule pleuro-costale, M. Leplat a montré qu'il ne se faisait pas un travail directement ulcératif de la plèvre à la peau; mais qu'en face de l'abcès pleural, il se faisait un phlegmon de la paroi, en sorte que les deux inflammations vont au-devant l'une de l'autre, et il arrive souvent que le phlegmon de la paroi s'ouvre au dehors avant que la communication soit établie entre le phlegmon et la plèvre,

Il est vraisemblable qu'il se produit un travail analogue dans le poumon lorsqu'il se produit une perforation pleuro-bronchique sans pneumo-thorax.

Cherchant à appliquer les données précédentes à l'expectoration albumineuse, M. Féréol se demande si, dans certains cas, il ne pourrait pas se faire que la thoracentèse surprît en quelque sorte le travail de la perforation au moment où il est en train de se préparer. Il se pourrait alors que, sous l'influence des quintes de toux, il y eût une sorte de filtration de l'épanchement à travers un tissu pulmonaire plus ou moins altéré, et devenu perméable.

Cette interprétation a donné lieu, dans la Société des hôpitaux et ailleurs, à une discussion approfondie du phénomène de l'expectoration albumineuse, discussion dans laquelle l'hypothèse de M. Féréol n'a trouvé que des contradicteurs. Et il a été admis unanimement, conformément aux conclusions posées en 1853 par le Dr Pinault, que l'expectoration albumineuse était due à un œdème broncho-alvéolaire subitement produit à la suite de la décompression du poumon et du retour de ses fonctions circulatoires.

Toutefois, le point de départ de M. Féréol, à savoir, l'étude de l'évacuation du liquide pleural par les bronches sans pneumo-thorax, n'en garde pas moins sa valeur pour les pleurésies purulentes.

10. *Note sur une paralysie de la sixième paire gauche avec déviation conjuguée du muscle droit interne de l'œil droit, causée par un tubercule développé dans l'épaisseur de la protubérance annulaire.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1873.)

Note sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paires.

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 octobre 1873.)

Conf. *De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée.*

(Thèse inaugur. par Gaston Graux, 1878.)

M. le Dr Ach. Foville avait, en 1859, émis le premier cette idée, toute théorique alors, que les muscles abducteur d'un œil et adducteur de l'œil du côté opposé, devaient recevoir leur influx nerveux d'une même source, de même que deux chevaux attachés ensemble sont entraînés tous les deux à la fois vers la droite ou vers la gauche par une seule rêne.

A propos d'une observation d'hémorrhagie de la protubérance avec déviation des yeux, observation présentée à la Société des hôpitaux par M. Desnos, en 1873, M. le professeur Gubler rappela l'hypothèse de M. Foville, et cita ses propres travaux sur les lésions du mésocéphale.

Conformément à ces données, je pus soupçonner chez un malade de mon service, à la Maison municipale de santé, un tubercule de la protubérance siégeant au niveau du noyau d'origine de la sixième paire. Peu de temps après, j'apportais à la Société médicale des hôpitaux les pièces anatomiques confirmatives de ce diagnostic.

Un cas absolument semblable s'étant présenté dans mon service à l'hôpital Lariboisière, en 1877, je portai le même diagnostic, qui fut vérifié de même à l'autopsie ; et j'engageai mon interne, M. Gaston Graux, à en faire le sujet de sa thèse, et à poursuivre les recherches anatomiques que j'avais seulement indiquées dans ma note du 24 octobre 1873 sur la oommunication qui doit exister entre les noyaux d'origine de la sixième et de la troisième paires. M. Graux fit, en effet, ces recherches et des expériences physiologiques sur ce sujet, en collaboration avec les Drs Mathias Duval et Laborde.

De l'ensemble de ces travaux, voici les conclusions qu'on peut tirer :

Cliniquement d'abord, tous les médecins qui s'étaient occupés de la paralysie des muscles moteurs de l'œil, en décrivant la paralysie du muscle droit externe, se bornaient à reconnaître et à décrire, dans l'œil du côté opposé à la paralysie, une déviation secondaire portant sur le muscle droit interne, et produisant un strabisme convergent.

Il est établi maintenant, d'après nos observations, qu'il existe une autre forme de retentissement de la paralysie du moteur oculaire externe, dans laquelle le moteur interne du côté opposé, au lieu de présenter un mouvement contrarié avec celui de son congénère, reste au contraire associé avec ce dernier dans la paralysie comme dans l'action.

A ces deux formes différentes, opposées même, de paralysie du moteur oculaire externe, correspondent deux lésions de siége anatomique différent.

A la première, la plus commune du reste, correspond une lésion qu'on peut appeler périphérique, portant sur le nerf de la sixième paire, soit en dehors de la protubérance, soit même dans l'épaisseur de la protubérance, mais alors, dans ce dernier cas, en dehors du noyau d'origine, et sur le trajet du filet nerveux qui relie ce noyau à l'émergence du nerf (obs. de Quénu, Société anatomique, 1878).

A la seconde forme de paralysie, la plus rare, correspond une lésion portant exclusivement sur le noyau même d'origine de la sixième paire, au niveau de l'éminence Teres, au-dessous du plancher du quatrième ventricule.

Lors donc que sur un malade on constate, avec une paralysie de la sixième paire gauche par exemple, une déviation conjuguée de l'œil droit, on peut affirmer qu'il existe dans la protubérance une lésion (hémorrhagie, tumeur) exactement située au niveau du noyau de la sixième paire gauche.

Mais ce qu'il y a de bien remarquable, et ce que je crois avoir été le premier à signaler, c'est que dans ce cas la déviation conjuguée de l'œil sain ne s'exerce que dans la vision binoculaire à longue distance : le droit interne sain reste alors en communauté avec le droit externe paralysé. Au contraire, si on le fait agir en vision convergente à courte distance, c'est-à-dire avec son homonyme du côté opposé, le muscle droit interne du côté sain, qui paraissait paralysé tout à l'heure, retrouve son action.

De tout ce qui précède, il résulte :

1° Que le noyau d'origine de la sixième paire ne fournit pas seulement le nerf moteur oculaire externe destiné au muscle droit externe du même côté, mais qu'il fournit encore un filet au muscle droit interne du côté opposé, ainsi que l'avait bien dit, le premier, le Dr Ach. Foville;

2° Que le muscle droit interne, recevant d'ailleurs un filet évident de la troisième paire, obéit tantôt à l'innervation de la troisième paire (vision convergente à courte distance), tantôt au filet qu'il doit recevoir de la sixième paire du côté opposé (vision à longue distance); et que c'est là le mécanisme

qui assure à la fois l'indépendance et la communauté d'action des deux yeux, ainsi que je crois l'avoir dit le premier.

C'est principalement sur la preuve anatomique et physiologique de ces deux déductions auxquelles l'observation clinique nous avait déjà conduits, MM. Achille Foville, Gubler et moi, que M. Graux a porté l'effort original de son travail, avec l'aide de MM. Duval et Laborde.

Physiologiquement, les expériences qu'il a instituées paraissent probantes.

La recherche anatomique du filet qui fait communiquer le noyau de la sixième paire d'un côté avec le muscle ou le nerf de la troisième paire du côté opposé, n'a donné de résultat bien évident que chez le chat. Les préparations sur l'homme n'ont pas été absolument démonstratives. Il est bien vrai que Lockhart-Clarke, Stilling, Schrœder van der Kolk, décrivent cette communication; mais ces trois auteurs (note du 24 octobre 1873) ne s'entendent pas tout à fait sur la description de ce filet nerveux. Il y a donc place encore de ce côté pour de nouveaux travaux.

11. *Ulcération tuberculeuse de la langue.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juillet et 25 octobre 1872.)

Description et discussion diagnostique d'un cas d'ulcère tuberculeux de la langue. Examen micrographique sur le vivant, par M. Cornil, qui ne trouve pas la granulation tuberculeuse. Examen *post-mortem*, par MM. Thaon et Ranvier, qui constatent cette granulation très-abondante, mais seulement dans les parties profondes de l'ulcère, au milieu des faisceaux musculaires. Importance diagnostique des *points jaunes* qui sont, non point de la folliculite, mais de très-petits abcès miliaires dans lesquels on ne trouve pas la granulation tuberculeuse.

Même sujet. — *Ibid.*, 1876, p. 184 des *Bulletins*.

12. *Note sur quelques ulcères spéciaux développés au voisinage des orifices naturels chez les tuberculeux.*

(*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juin 1874.)

On observe chez les tuberculeux, à la marge de l'anus, sur les lèvres, au prépuce, autour des oreilles, des ulcères analogues à l'ulcère tuberculeux de la langue, rebelles à tous les moyens de traitement, et qui sont évidemment sous l'influence de la diathèse tuberculeuse.

A la marge de l'anus, l'ulcère tuberculeux a quelque analogie d'aspect avec le chancre mou; il s'étale en surface, et n'a nulle tendance à se transformer en fistule.

13. *Rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats.*

(Mémoire lu à la Société clinique de Paris. *France médicale*, juin 1877.)

M. le D[r] Cadiat communique à la Société clinique un fait très-intéressant dans lequel une résection fut opérée sur un maxillaire inférieur hypertrophié et douloureux; l'opération, pratiquée, après consultation, par un chirurgien éminent, montra que l'os était hypertrophié simplement; et comme le malade était d'ailleurs rhumatisant, M. Cadiat émit l'opinion que certaines tuméfactions osseuses pouvaient être sous la dépendance de la diathèse rhumatismale.

A ce propos, M. Féréol a rappelé que dans le travail du médecin irlandais Adams, sur le rhumatisme chronique (1857), on trouve cette assertion que le tissu osseux peut être hypertrophié non-seulement au voisinage des articulations malades (stalactites, os surnuméraires, etc...), mais aussi à distance, sur les diaphyses et sur les os plats; certaines planches de l'atlas joint au volume ne laissent aucun doute à ce sujet.

Ce point important et délicat paraît encore fort peu connu chez nous. Il est possible d'ailleurs que cette espèce particulière de rhumatisme déformant soit moins commun chez nous qu'il ne l'est dans les Iles Britanniques. Peut-être aussi est-il confondu avec certaines formes du rachitisme et de l'ostéomalacie.

Cependant, M. Féréol rapporte quelques observations dans lesquelles il a cru pouvoir diagnostiquer cette forme spéciale de rhumatisme, une entre autres avec autopsie. Dans ce dernier cas, M. Nélaton avait diagnostiqué sur le vivant une ostéomalacie.

14. *Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques.*

(Société nationale pour l'avancement des sciences. Congrès de Paris, août 1878.)

Sous cette dénomination, M. Féréol décrit certaines tuméfactions noueuses qui se produisent du jour au lendemain et disparaissent de même; les grosseurs situées ordinairement sur le front ont, au premier aspect, quelque analogie avec une gomme syphilitique; mais elles sont indolentes, d'un dureté élastique, sans rougeur à la peau, et disparaissent en quelques heures sans laisser de traces.

C'est principalement chez des sujets arthritiques, et particulièrement chez des migraineux, que M. Féréol a observé le phénomène en question.

Il pense qu'il s'agit là d'une véritable fluxion rhumatismale de la peau, dont le siége est probablement le tissu cellulaire sous-cutané ou la couche profonde du derme; peut-être le périoste n'est-il pas étranger.

Plusieurs membres du Congrès, M. Olive, M. Teissier, ont observé des faits analogues qu'ils citent à l'appui du mémoire présenté par M. Féréol.

OBSERVATIONS ET COMMUNICATIONS DIVERSES.

1. *Gale crustacée; autopsie.*

(Observation présentée à la Société de biologie. *Gazette médicale*, 1856.)

Dans ce fait curieux, la peau, principalement celle de la face dorsale des mains, était couverte d'un exsudat croûteux énorme, dans lequel on trouvait une quantité prodigieuse de cadavres d'acarus; ceux-ci, examinés par M. Robin, ne lui ont paru présenter aucun caractère qui pût les différencier de l'acarus humain.

M. Mégnin, dans un travail récent lu à la Société de médecine pratique (*France médicale*, mars 1876), travail qui a pour objet l'acclimatation des acariens des animaux transportés sur l'homme, a émis l'opinion que le cas observé par moi, en 1856, et qu'il compare avec raison à la gale norwégienne de Boeck, était dû probablement à la transplantation sur l'homme de l'acarus du loup.

2. *Lésions syphilitiques des reins.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, 1859, p. 409.)

3. *Mal de Pott; tubercules pulmonaires.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, 1856, p. 491.)

Stalactites osseuses développées autour du foyer de suppuration des vertèbres, et formant des sortes d'attelles qui consolidaient la colonne vertébrale et l'empêchaient de s'incurver.

4. *Scarlatine irrégulière.*

(*Gazette médicale*, 1857.)

5. *Entéro-colite ulcéreuse; pyléphlébite suppurative sans ascite.*

(*Bull. de la Soc. anatom.*, p. 74, 1857.)

6. *Cancers multiples : estomac, ganglions mésentériques, pancréas, capsules surrénales; pas de coloration bronzée de la peau.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, p. 150, 1857.)

7. *Ictère grave coïncidant avec des chancres infectants des petites lèvres. Mort.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, p. 99, 1859.)

Observation intéressante dans laquelle il est difficile de dire s'il s'agit d'une simple coïncidence, ou si la lésion hépatique est sous l'influence de la syphilis.

8. *Laryngite œdémateuse dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Deux cas.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, p. 145, 1858.)

Conformément aux conclusions de Sestier, la nécrose, dans ces deux cas, paraît avoir commencé par les tissus sous-muqueux pour gagner le cartilage.

La trachéotomie, pratiquée sur l'un des deux malades, a été suivie de mort pendant l'opération même.

9. *Mélanose généralisée et compliquée de cancer encéphaloïde.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, p. 390, 858.)

10. *Cancer généralisé dans les muscles, le cœur, la plèvre, les reins, l'intestin et coïncidant avec deux kystes de nature inconnue. — Cancers colloïdes développés dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.*

(*Bull. de la Soc. anatomique*, p. 459, 1858.)

11. *Cancer de l'ampoule de Water; coloration bronzée de la peau, sans lésion des capsules surrénales.*

(*Gazette médicale*, 1859. *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation.*)

12. *Phthisie granuleuse avec ramollissement, cavernes gangréneuses à la base du poumon. Méningite purulente latente; ramollissement cérébral apoplectiforme. Commencement de dégénérescence graisseuse du cœur.*

(*Gazette médicale*, 1861. *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation.*)

13. *Tumeur circum-utérine. Discussion du diagnostic.*

(*Archives générales de médecine*, 1865, t. I, p. 663.)

Grossesse extra-utérine probable, terminée par enkystement. Guérison par l'expectation.

14. *Blennorrhagie : accidents consécutifs; arthrite; adénite sous-maxillaire.*

(*Archives générales de médecine*, 1866, t. II, p. 209.)

15. *Hydatides infiltrées dans le foie et le poumon.*

(*Union médicale, Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1867, p. 236.)

C'est le premier cas observé en France de la maladie désignée par Frerichs et Virchow sous le nom d'*hydatides multiloculaires;* c'est le même cas qui a

servi à M. Carrière, qui était alors interne dans mon service, pour faire sa thèse inaugurale sur ce sujet.

Dans ce cas, les hydatides ne se révélaient que par leurs membranes; on n'a pas trouvé de crochets d'échinocoques.

16. *Néphrite parenchymateuse aiguë; urémie dyspnéique. Mort.*

(*Union médicale. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 262, 1867.)

17. *Néphro-cystite chronique; mort par dyspnée urémique.*

(*Union médicale. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 283, 1867.)

18. *Pustule maligne : présence des bactéridies.*

(*Union médicale. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 280, 1872.)

19. *Rhumatisme articulaire aigu : pleurésie double, purpura-hémorrhagique et suette miliaire avec hydroa-pemphygoïde. Guérison.*

(*Gaz. des hôpitaux*, 29 mai 1873.)

20. *Rhumatisme articulaire, suivi d'érythème, d'ictère, d'anasarque et de méningite. Fausse apparence de scarlatine.*

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chirurg.*, p. 769, 1874.)

21. *Cas singulier de goître exophthalmique compliqué de troubles de sensibilité et du mouvement.*

(*Union médicale. Recueil des travaux de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1874, p. 279, et 1875, p. 4.)

22. *Hépatite suppurée chez un sujet ayant habité l'Algérie; abcès hépato-péritonéal; opération d'empyème pratiquée à travers le diaphragme soudé à la paroi costale; double pleurésie de voisinage. Difficultés de diagnostic. Autopsie.*

(*Union médicale*, 3 avril 1875.)

23. *Sarcome fasciculé du rein, pesant près de dix kilogrammes, chez un enfant nègre de dix mois.*

En collaboration avec le Dr Audain, d'Haïti.

(*Union médicale*, 1875, p. 52.)

24. *Cas de lèpre tuberculeuse notablement améliorée par l'arsenic et les fumigations cinabrées.*

(*Union médicale*, 1876, p. 158.)

25. *Sur un cas de coloration noire de la langue.*

(*Union medicale*, 1875, p. 197.)

M. Féréol conclut que, dans ce cas, il y a une sorte d'hypertrophie piliforme de l'épithélium et qu'il n'y a point de spores de mucédinées.

26. *Pseudo-exanthème scarlatiniforme récidivant.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 30, 1876.)

27. *Psoriasis superunguéal.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1876, p. 85.)

Cette pièce établit qu'à l'état normal il existe uue continuité entre l'épithélium de la peau et l'épithélium de l'ongle; c'est cette couche énormément hypertrophiée qui, dans ce cas intéressant, formait une sorte de gaîne qui recouvrait complétement l'extrémité de quelques doigts aux pieds.

28. *Vertiges épileptiques et attaques épileptiformes chez un individu qui rendait des fragments de tænia depuis plusieurs années. Expulsion par le cousso de trois têtes de tænia solium.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1876, p. 172.)

29. *Anévrysme du tronc brachio-céphalique à marche insidieuse, et ayant déterminé une asphyxie rapide en quelques jours.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1878, p. 879.)

30. *Endocardite ulcéreuse et végétante; anévrysme de la cloison.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juillet 1878, *ibid.* 1879.)

L'anévrysme paraît être le résultat d'nue endocardite ulcéreuse et végétante. Le malade était alcoolique et nostalgique.

31. *Myocardite suppurée primitive (abcès multiples infiltrés) avec aortite aiguë et athérome généralisé.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, octobre 1878.)

Fait très-rare et peut-être unique jusqu'à présent. L'aortite paraît avoir été le phénomènc initial; et la cardite suppurative a suivi, probablement par analogie de tissu.

Le malade avait subi une intoxication palustre ancienne et grave; et il est possible que l'artérite et la cardite soient, dans ce cas, le résultat de l'impaludisme.

32. *Sclérodermie compliquée de vitiligo ponctué.*

(*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 8 et 22 nov. 1878. *Union medicale*, 1879.)

Dans ce cas, le malade était atteint d'une dyschromie généralisée qui présentait un aspect très-analogue à celui de la maladie d'Addison. Mais, en y regardant de près, on constatait que cette mélanodermie était constituée par un vitiligo spécial; le malade était comme tigré de macules blanches et noires qui faisaient ressembler son tégument à la peau de certains serpents. Il succomba, au commencement de l'année 1879, à une variole contractée dans les salles. L'autopsie démontra que les capsules surrénales ne présentaient point la dégénérescence caséeuse; elle ne révéla non plus aucune lésion appréciable du côté des centres nerveux.

33. *Ladrerie généralisée chez un homme ayant rendu un tænia; complication de diabète sucré.*

(*Union médicale*, 5 juillet 1879.)

On peut se demander, dans ce cas, si le diabète n'est pas produit par un cysticerque développé au voisinage du quatrième ventricule; et si l'infection ladrique ne vient pas du tænia qui a été expulsé.

766. — Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.